

N° FOLIO ÚNICO
Uso Exclusivo Compañía

AUTORIZACIÓN CARGO TARJETA DE CRÉDITO

NOMBRE TITULAR TARJETA CRÉDITO	RUT	TELÉFONO
DIRECCIÓN	COMUNA	CIUDAD
CORREO ELECTRÓNICO	SUCURSAL	
N° TARJETA DE CRÉDITO	BANCO EMISOR	MES VENCIMIENTO
		AÑO VENCIMIENTO

MARQUE CON UNA X EL TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO AL A CUAL SE CARGARÁN LAS CUOTAS:

VISA	<input type="checkbox"/>	MASTERCARD	<input type="checkbox"/>	AMERICAN EXPRESS	<input type="checkbox"/>	DINERS CLUB	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	------	--------------------------

Para el pago con cargo en Tarjeta de Crédito, solicitamos al titular de ésta, firmar en la casilla "Firma Titular Tarjeta de Crédito".

Para enviar este mandato de pago a nuestra Compañía, le solicitamos contactarse con su corredor de seguros. Puede enviar un correo electrónico a pago.automatado@liberty.cl.

Condiciones Mandato PAT: PRIMERO - En consideración a que he acordado con la COMPAÑÍA arriba indicada el pago primas correspondientes a pólizas de seguro, por el presente instrumento instruyo expresamente a la COMPAÑÍA para que por intermedio de Transbank S.A. se cargue en mi Tarjeta de Crédito arriba individualizada, o cualquiera otra que la sustituya o reemplace, las cantidades ya indicadas (u otras que pacte con la COMPAÑÍA) a contar de la fecha y por el periodo señalado, para que sean pagadas a la COMPAÑÍA, asumiendo además el compromiso de mantener mi tarjeta vigente y con el crédito suficiente para cubrir los cargos. En caso de sustitución, revocación, vencimiento o reemplazo de la tarjeta de crédito, me obligo a informar por escrito a la COMPAÑÍA de dicha situación, no obstante, lo cual autorizo a Transbak S.A. o al Emisor de la tarjeta a informar a la COMPAÑÍA la nueva fecha de vencimiento, el nuevo número y/o tarjeta asignada y que los cargos respectivos se efectúen en ella. A su vez, en caso de no detectarse una tarjeta que reemplace o sustituya a la de arriba indicada, autorizo a Transbank S.A. a cargar las cantidades señaladas en cualquier otra tarjeta de crédito emitida a mi nombre y operada por tal empresa y a informar dicha tarjeta a la COMPAÑÍA. SEGUNDO - Acepto que la COMPAÑÍA enviará a Transbank S.A. periódicamente la información de cobro correspondiente, liberando a Transbank S.A. si ello no ocurriera. La relación contractual entre la COMPAÑÍA y el suscrito es exclusiva entre ambas partes, por lo que libero a Transbank S.A. de cualquier obligación al respecto. En el evento que Transbank S.A. por cualquier circunstancia, no efectuará algún cargo en mi Tarjeta de Crédito la COMPAÑÍA deberá procurarse el pago directamente. Además, si de ello se me produjera o llegara a producir algún daño o perjuicio, especialmente relacionado con falta de coberturas o caducidades de contratos, libero expresamente de toda responsabilidad a Transbank S.A. y renuncio a cualquier acción en contra de esta última derivada de esta instrucción. TERCERO - El presente instrumento continuará vigente hasta que yo lo revoque. No obstante, la presente instrucción expirará automáticamente en caso de término de contrato entre la COMPAÑÍA y Transbank S.A. CUARTO - El presente mandato afecta al conjunto de pólizas y renovaciones celebradas con la COMPAÑÍA durante la vigencia de éste; y autoriza a que las primas de dichas pólizas se paguen mediante la modalidad PAT, es decir, Autorización de Descuento en Tarjeta de Crédito. El monto de la prima, su forma y modalidad de pago, se encuentran insertas en las condiciones particulares de cada póliza. Esta instrucción se entenderá conferida también para nuevas pólizas que acuerde con la COMPAÑÍA. El límite de pago que se autoriza mediante el presente documento corresponderá a la cantidad señalada en el plan de pago de cada póliza. QUINTO - Por el presente acto, declaro que no obstante la presente instrucción, mi obligación de pago a la COMPAÑÍA es y será siempre responsabilidad del suscrito.

FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA INICIO VIGENCIA DEL MANDATO	FIRMA TITULAR TARJETA DE CRÉDITO
--------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Autorizo, en mi calidad de titular de los datos, al almacenamiento y tratamiento de datos personales a Liberty Compañía de Seguros Generales S.A. u otras entidades filiales o subsidiarias del mismo grupo empresarial, según lo establecido en la Ley N° 19.628, para los siguientes propósitos: i) Para la vinculación como Tomador/ Contratante / Asegurado y/o Beneficiario; ii) Para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; y v) Para la gestión integral del mandato otorgado).

Liberty Compañía de Seguros Generales S.A. Casa Matriz: Avenida Andrés Bello #2457, piso 12, Providencia. Call Center: 600 542 3789